

**EFETIVIDADE DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA PARA O
TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: UMA
REVISÃO DA LITERATURA**

Leonardo da Cunha Guimarães¹

Jenifer Nunes Simões²

Leandro Alencastro Santos³

RESUMO

A terapia Comportamental Dialética foi proposta inicialmente para o manejo de pacientes com ideação e tentativas de suicídio, apresentando bons resultados para esta finalidade. Diante de sua eficácia, alguns autores começaram a propor o uso de tal intervenção para o tratamento de indivíduos com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline, tendo em vista as limitações das abordagens terapêuticas para este transtorno. O objetivo do presente estudo foi avaliar a efetividade da Terapia Comportamental Dialética para o Transtorno de Personalidade Borderline. Trata-se de uma Revisão da Literatura, conduzida nas bases de dados PubMed e SciELO. A busca encontrou 9 estudos dentro dos critérios de inclusão estipulados, todos relatando eficácia de tal abordagem para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline. Os principais sintomas a apresentar remissão foram abuso de substâncias, tentativa de suicídio, descontrole emocional e prejuízos ocupacionais. Contudo, a efetividade requer um segmento longitudinal após a conclusão da intervenção, e somente 2 estudos relataram tal segmento. Ambos sugerem efetividade de forma satisfatória, pois consistem em estudos com amostras expansivas. Ainda assim, cabe mencionar que a literatura apresenta mais dados assegurando a eficácia do que a efetividade da Terapia Comportamental Dialética para o Transtorno da Personalidade Borderline. Destaca-se a importância de mais estudos nesta área para que a efetividade de tal intervenção possa ser assegurada com maior índice de confiabilidade.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Terapia Comportamental Dialética; Psicoterapia.

¹ Psicólogo, Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista (UNICNEC).

✉ leonardocunha.mr@gmail.com

² Psicóloga, Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Cenecista (UNICNEC).

✉ jhennysimoes@hotmail.com

³ Professor Titular do Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário Cenecista (UNICNEC).

✉ alencastro_la@hotmail.com

EFFECTIVENESS OF DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY FOR THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A REVIEW

ABSTRACT

Behavioral Dialectic Therapy was proposed to treat patients with ideation and suicide attempts, presenting good results for this purpose. In view of its effectiveness, some authors have begun to propose the use of such intervention for the treatment of individuals with a diagnosis of Borderline Personality Disorder, considering the limitations of the therapeutic approaches to this disorder. The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder. This is a Review conducted in the PubMed and SciELO databases. The search found 9 studies within the stipulated inclusion criteria, all reporting effectiveness of such an approach for the treatment of Borderline Personality Disorder. The main symptoms of remission were substance abuse, attempted suicide, emotional unrest, and occupational harm. However, effectiveness requires a longitudinal segment after completion of the intervention, and only 2 studies have reported such segment. Both suggest effectiveness in a satisfactory way, since they consist of studies with expansive samples. Nevertheless, it is worth mentioning that the literature presents more data assuring effectiveness than the effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder. We emphasize the importance of further studies in this area so that the effectiveness of such intervention can be ensured with a higher reliability index.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Dialectical Behavioral Therapy; Psychotherapy.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline é definido na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como um padrão de considerável instabilidade no que se refere a relações interpessoais, bem como no que diz respeito a autoimagem e os afetos (American Psychiatric Association [APA], 2014). Por se tratar de um transtorno da personalidade, é necessário que os sintomas se manifestem no início da vida adulta e esteja presente em vários contextos (e.g. relações amorosas, ambiente ocupacional, vínculos sociais), indicado pela presença de cinco (ou mais) dos seguintes sintomas clínicos:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto-mutilante.

6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. (APA, 2014, p. 663).

Normalmente os estudos epidemiológicos sugerem que o transtorno seja mais prevalente na população feminina, população que representa cerca de 75% dos casos diagnosticados (Ades & Santos, 2012). Contudo, alguns estudos consideram que exista subdiagnóstico de homens com TPB, isto é, com base na manifestação clínica da doença, é possível que um número importante de homens possua o diagnóstico sem que o saiba (Brink, Harte & Denzel, 2018; Gawda & Czubak, 2017).

Indivíduos com diagnóstico de TPB comumente possuem relacionamentos amorosos instáveis. Não raro, apresentam ciúme patológico acompanhado de medo acentuado de abandono e rejeição, podendo cometer agressões físicas e verbais em decorrência da instabilidade afetiva (Kolla *et al.*, 2017). Estes sintomas são mais proeminentes no início da vida adulta, uma vez que a impulsividade tende a decair com o envelhecimento (Frias *et al.*, 2017; Santangelo *et al.*, 2018).

O risco para abuso de substâncias (Vest, Murphy & Tragesser, 2018), comportamentos de alto risco e suicídio é ligeiramente maior em indivíduos diagnosticados com TPB do que em indivíduos saudáveis (Soloff & Chiappetta, 2018). Acredita-se que a impulsividade, a experiência de vazio provocada pelo abandono real ou imaginário e a tendência a comorbidades como Transtorno Bipolar e Transtorno Depressivo sejam os principais fatores que contribuem para tal fato (Agugila *et al.*, 2018; Shen, Hu & Hu, 2017).

Por conta da instabilidade, do envolvimento com infrações e comportamentos de risco, a intervenção medicamentosa faz-se necessária em parte considerável dos tratamentos, principalmente nas primeiras semanas (Carvalho, Stracke & Souza, 2004). Igualmente, há uma tendência a não adesão ao tratamento por parte destes indivíduos, além de haver um número importante que se mostra refratário às intervenções psicoterapêuticas mais comuns (Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Psicoterapia de orientação Psicanalítica). Além do tratamento multiprofissional, envolvendo a já mencionada intervenção psicofarmacológica, estratégias psicoterapêuticas diversificadas são necessárias para o tratamento do TPB.

A Terapia Comportamental Dialética (DBT, do inglês *Dialectical Behavioral Therapy*) é uma abordagem psicoterapêutica que vem sendo utilizada para o tratamento de pacientes com

diagnóstico de TPB. Foi proposta inicialmente para o manejo de indivíduos com ideação e tentativa de suicídio, tendo sido posteriormente ampliada para outros quadros psiquiátricos devido a sua (Abreu & Abreu, 2016).

Atualmente, a DBT vem sendo proposta como uma das principais abordagens para o manejo de pacientes com TPB. Contudo, é de extrema importância identificar sua real efetividade, uma vez que a efetividade de um tratamento se refere ao resultado real que a intervenção pode proporcionar em ambiente não controlado, isto é, em ambiente próximo ao ambiente natural do indivíduo (Portela, 2000). Assim, o presente trabalho teve por objetivo avaliar a efetividade da DBT para o tratamento do TPB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo da história da Psiquiatria, diferentes termos já foram utilizados para se referir ao que hoje é definido como Transtorno da Personalidade Borderline, tais como: (1) Esquizofrenia Latente, (2) Neurose Borderline, (3) Esquizofrenia Ambulatorial, (4) Esquizofrenia Pseudoneurótica, (5) Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável, tipo Borderline e o atual (6) Transtorno de personalidade Borderline (Dalgalarondo & Vilela, 1999). O TPB sempre foi um desafio para a prática clínica, pois indivíduos com tal psicopatologia apresentam alterações clinicamente significativas em diferentes esferas de suas vidas. Os relacionamentos interpessoais, o desempenho ocupacional e a expressão dos afetos tendem a ser sempre comprometidos nestes indivíduos, que com frequência agem por impulso de forma autodestrutiva (Soloff & Chiappetta, 2018; Vest, Murphy & Tragesser, 2018).

Parte considerável dos indivíduos com diagnóstico de TPB tentam suicídio em períodos de crise, alguns concretizando o ato (Soloff & Chiappetta, 2018). Frente a rejeição social, estes indivíduos ficam realmente instáveis, pois o abandono e a rejeição social evocam emoções negativas da infância, onde grande parte destes indivíduos sofreu maus tratos e violência (Nunes *et al.*, 2015). Além disso, normalmente é após sentirem-se abandonados e rejeitados que estes indivíduos adotam estratégias de enfrentamento destrutivas, tais como automutilação, abuso de substâncias e práticas sexuais impulsivas (Stanely & Siever, 2010).

Análises retrospectivas mostram que indivíduos com TPB costumam ter histórico de violências e maus tratos ao longo de seu desenvolvimento, especialmente nos primeiros anos de vida (Nunes *et al.*, 2015). Abuso infantil, violência física e negligência são os eventos mais comuns na história pregressa de indivíduos diagnosticados com TPB (Hiraoka *et al.*, 2016). Rejeição e abandono por parte dos pais, bem como morte precoce dos mesmos, também pode aumentar o risco para o desenvolvimento da personalidade Borderline, pois tal patologia possui

o chamado esquema de abandono como uma de suas características clínicas (Wainer *et al.*, 2016).

2.1 Estratégias de Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline

No que se refere ao tratamento, diferentes estratégias clínicas já foram propostas para tal patologia. O tratamento com auxílio de medicamentos psiquiátricos é frequente indispensável para garantir uma boa eficácia terapêutica, tendo em vista a alta prevalência de tentativas de suicídio, comportamentos que oferecem risco a si e aos outros e os transtornos afetivos comórbidos, dos quais o Transtorno Bipolar e o Transtorno Depressivo são os mais comuns (Agugila *et al.*, 2018; Shen, Hu & Hu, 2017).

Além do tratamento psiquiátrico para o manejo de sintomas específicos, a TCC e a Terapia do Esquema, cujas ênfases terapêuticas situam-se, respectivamente, no controle de pensamentos, emoções e comportamentos, e em necessidades emocionais não atendidas na infância, vem sendo propostas para tratar tal patologia (Wainer *et al.*, 2016). Igualmente, a chamada terapia de mentalização, ou terapia baseada na mentalização, também é descrita na literatura como uma abordagem valiosa para o tratamento de pacientes com tal patologia (Eizirik & Fonagy, 2009). Contudo, parte dos pacientes com diagnóstico de TPB mostram-se refratários ao tratamento com tais abordagens. Com frequência, apresentam dificuldade de aderir ao tratamento, bem como incapacidade de regular a emoção, controlar a impulsividade ou até mesmo apresentar comportamentos mais adaptativos (Cunha & Azevedo, 2001).

A DBT, cuja designação inicial fora o manejo de situações de tentativas de suicídio, vem sendo proposta para o tratamento do TPB (Abreu & Abreu, 2016). Trata-se de uma prática situada entre as chamadas terapias de terceira onda, grupo de técnicas psicoterapêuticas desenvolvidas mais recentemente, buscando suprir lacunas da TCC (Barbosa, Terroso & Argimon, 2014).

2.2 Terapia Comportamental Dialética para o Transtorno de Personalidade Borderline

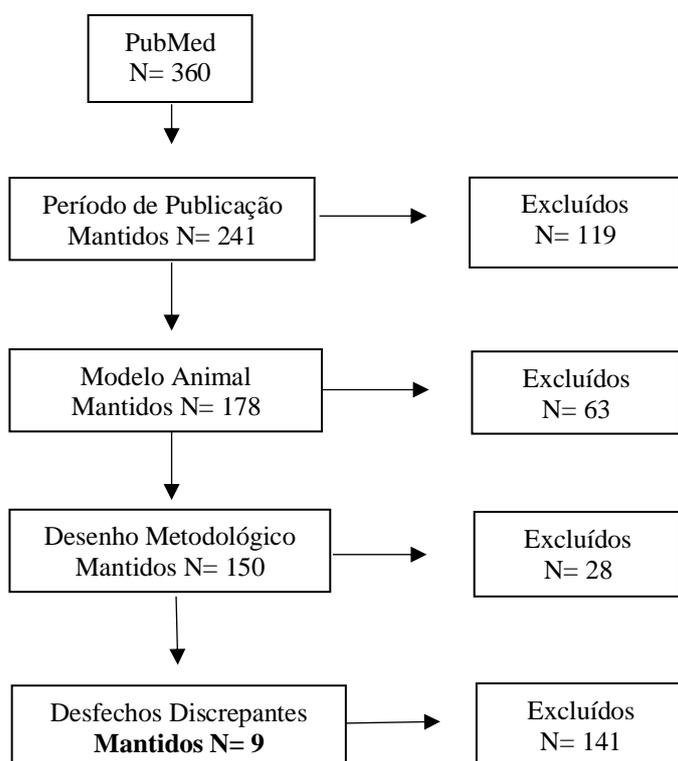
A DBT consiste em um protocolo desenvolvido pela Psicóloga Marsha Linehan, com finalidade de manejar situações de tentativas de suicídio (Dimeff & Koerner, 2007). Posteriormente, após observar efetividade por parte da intervenção no que se refere à capacidade de manejar situações de risco de suicídio, a autora passou a sugerir o uso da DBT para o tratamento de indivíduos com TPB, tendo em vista a prevalência de comportamento suicida e autodestrutivo em pacientes com o diagnóstico (Linehan *et al.*, 1991).

Com as experiências clínicas, a DBT passou a ser considerada uma prática eficaz no tratamento do TPB (Linehan *et al.*, 2015). No entanto, na literatura científica existem poucas revisões sistemáticas recentes discutindo a eficácia e a efetividade de tal intervenção para o contexto clínico de interesse, de modo que se justifica a realização da presente revisão sistemática da literatura.

3 MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão da literatura, conduzida nas bases de dados PubMed e SciELO. A busca se deu através dos termos “*Terapia Comportamental Dialética*”, “*Dialectical Behavior Therapy*” e “*DBT*”, combinados individualmente com os termos descritores “*Transtorno de Personalidade Borderline*”, “*Borderline Personality Disorder*” e “*TPB*” através do operador booleano “*AND*”.

Fluxograma de busca de artigos



3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos nesta revisão estudos obedecendo os seguintes critérios: (1) ensaios clínicos, (2) estudos realizados com adultos de ambos os sexos; (3) estudos relatando a eficácia

da BDT para o tratamento do TPB e (4) estudos publicados retrospectivamente até o ano de 2010.

3.2 Critérios de Exclusão

Foram desconsiderados os artigos que não preencheram todos os critérios anteriormente mencionados, excluindo, portanto: (1) Estudos de caso, estudos teórico e revisão sistemática, (2) estudos realizados com crianças, adolescentes ou idosos, (3) estudos que não utilizaram a DBT como única intervenção terapêutica, (4) estudos relatando o uso da DBT para pacientes com outras condições clínicas que não o diagnóstico de TPB e (5) estudos publicados em período anterior ao ano de 2010.

Tabela 1.

Relação de termos descritores associados à intervenção e à condição clínica de interesse

Intervenção	Condição Clínica
Terapia Comportamental Dialética	Transtorno de Personalidade Borderline
Dialectical Behavior Therapy	Borderline Personality Disorder
DBT	TPB

Fonte: Autoria própria, 2018.

4 RESULTADOS

Tabela 2.

Características básicas dos estudos incluídos na revisão

Autor	Participantes	Desenho Metodológico	Resultados
Rizvi et al., 2017	N= 50	Ensaio Clínico	Redução dos sintomas psicopatológicos
Niedtfeld et al., 2017	N= 79 (DBT N= 34; GC N= 35)	Estudo Longitudinal	Após 3 meses, o grupo com diagnóstico de TPB que recebeu DBT apresentou diminuição da resposta das amígdalas frente a estímulos causadores de dor de forma mais significativa que os outros grupos
Barnicot et al., 2017	N= 70 (DBT N= 37; GC N=33)	Ensaio Clínico Randomizado e Controlado	O grupo que recebeu DBT apresentou maior controle emocional e aptidão para relações interpessoais.

Winter et al., 2015	N= 68 (DBT N= 31; GC N= 37)	Ensaio Clínico Randomizado e Controlado	Maior capacidade de regulação emocional e alterações neurais adaptativas foram encontrados no grupo que recebeu DBT
Linehan et al., 2015	N= 99 (DBT N= 33; DBT-I N= 33; DBT-S N= 33)	Ensaio Clínico Randomizado	O grupo que recebeu DBT com treinamento de habilidades apresentou maior efetividade no que se refere a automutilação e tentativa de suicídio
Goodman et al., 2014	N= 22 (DBT N= 11; GC N= 11)	Ensaio Clínico Randomizado	A DBT melhorou a regulação emocional e estabilizou a atividade das amígdalas em pacientes com TPB
Neacsiu et al., 2014	N= 101 (DBT N= 52; GC N= 49)	Ensaio Clínico Randomizado	Não houve diferença significativa na redução da intensidade de emoções negativas entre o grupo que recebeu DBT e o grupo que recebeu tratamento com outra abordagem psicoterápica. No entanto, a capacidade de controlar a raiva, mesmo que a sentisse com intensidade, foi estatisticamente maior no grupo que recebeu DBT
McMain et al., 2012	N= 180 (DBT N= 90; GC N= 90)	Ensaio Clínico Randomizado	O tratamento com a DBT foi estatisticamente mais eficaz do que o tratamento psiquiátrico habitual
Axelrod et al., 2011	N= 27	Ensaio Clínico Randomizado	A regulação emocional e o controle do impulso de consumir substâncias psicoativas foi mais eficaz em pacientes do grupo que recebeu intervenção com DBT quando comparado ao grupo controle

Legenda: N: tamanho da amostra; DBT: Terapia Comportamental Dialética; DBT-I: Terapia Comportamental Dialética com Intervenções adicionais de outros profissionais; DBT-S: Terapia Comportamental Dialética com treinamento de Habilidades Sociais; GC: Grupo Controle.

Fonte: A autoria própria, 2018.

Na base de dados PubMed, a combinação dos termos descritores encontrou inicialmente 360 artigos. Foram excluídos 119 artigos por terem sido publicados em período anterior ao ano de 2010, bem como 63 por estarem relatando estudos com modelos animais, 1 estudo naturalístico e 27 artigos de revisão sistemática. Igualmente, foram excluídos artigos associados somente a DBT referindo-se a outras condições clínicas que não unicamente o TPB (N= 72), bem como estudos associados unicamente ao TPB cuja intervenção deu-se através de diferentes

técnicas, ou da combinação da DBT com outras intervenções (N= 69). Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, restaram 9 artigos incluídos (Apêndice A).

Na SciELO, a busca encontrou inicialmente 9 artigos, mas nenhum foi mantido, pois foram desconsiderados os artigos sobre TPB tratado com intervenções diferentes da DBT (N= 4), artigos de revisão (N= 2) e aqueles cuja DBT estava sendo utilizada para tratar outras condições clínicas que não o TPB (N= 3). Ao todo, foram mantidos 9 artigos, todos indexados à base dados PubMed.

4.1 Evidências de efetividade da Terapia Comportamental Dialética para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline em estudos sem segmento

A DBT vem se mostrando eficaz no manejo clínico de indivíduos com TPB. Rizvi *et al.* (2017) encontraram diminuição estatisticamente significativa de sintomas psicopatológicos secundários em indivíduos diagnosticados com TPB após serem tratados com DBT. Igualmente, Linehan *et al.* (2015) observaram diminuição das automutilações, ideação e tentativas de suicídio em indivíduos com diagnóstico de TPB tratados com DBT, sendo o resultado desta intervenção estatisticamente mais eficaz que outras intervenções psicoterápicas.

A regulação emocional parece um ponto central no tratamento destes pacientes. Investigando uma amostra composta por 70 participantes, Barnicot *et al.* (2017) encontraram maior regulação emocional e aptidão para relações interpessoais assertivas nos pacientes tratados com DBT. Winter *et al.* (2017) relataram melhora no desempenho da regulação emocional de seus pacientes após serem tratados com DBT, apresentando inclusive alterações neuronais importantes. Um resultado semelhante foi encontrado no estudo de Goodman *et al.* (2014), que relata melhora na regulação emocional e diminuição da atividade nas amígdalas após sessões de DBT. Já no estudo de Axelrod *et al.* (2011) a regulação emocional decorrente da DBT foi capaz de auxiliar os pacientes com diagnóstico de TPB a controlar o impulso de consumir drogas de abuso. Neste mesmo sentido, merece destaque o estudo de Niedtfeld *et al.* (2017), que apresentou mudanças significativas em exames de fMRI na ativação das amígdalas, havendo também diminuição da resposta a dor.

Neacsiu *et al.* (2014) não encontraram diferenças estatisticamente significativas na intensidade das emoções vivenciadas pelos pacientes que receberam intervenção com DBT em relação ao grupo controle. No entanto, a capacidade de controlar a raiva, mesmo que a sentisse com intensidade, foi estatisticamente maior no grupo que recebeu DBT. Em uma amostra de 180 indivíduos, O tratamento com a DBT foi estatisticamente mais eficaz do que o tratamento psiquiátrico habitual (McMain *et al.*, 2012).

4.2 Evidências de efetividade da Terapia Comportamental Dialética para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline em estudos com segmento

Tabela 3

Relação de estudos com segmento após conclusão da intervenção

Autor	Participantes	Tempo de Segmento	Resultados
Linehan et al., 2015	N= 99	12 meses	O grupo que recebeu DBT com treinamento de habilidades apresentou maior efetividade no que se refere a automutilação e tentativa de suicídio
McMain et al., 2012	N= 180	24 meses	O tratamento com a DBT foi estatisticamente mais eficaz do que o tratamento psiquiátrico habitual

Fonte: A autoria própria, 2018.

Conforme mencionado, a efetividade só pode ser mensurada em estudos com delineamento longitudinal. Por isso, foram analisados os estudos incluídos na seção anterior, e desconsiderados aqueles cujo método não incluiu seguimento após o término da intervenção (Tabela 3).

Somente os estudos de Linehan *et al.* (2015) e McMain *et al.* (2012) realizaram segmento após conclusão da intervenção, sendo o primeiro de 12 meses e o segundo de 24 meses. Estes dois estudos foram realizados com amostras grandes (N= 99 e N= 180, respectivamente), permitindo maior confiabilidade em seu efeito.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os transtornos da personalidade possuem, por característica, notáveis objeções no que se refere ao tratamento clínico. Grande parte dos pacientes são refratários ao tratamento psicoterápico e, alguns deles, não respondem satisfatoriamente nem mesmo ao tratamento medicamentoso concomitante à intervenção psicoterapêutica (Carvalho, Stracke & Souza, 2004). De acordo com os resultados apresentados na presente revisão, a eficácia da DBT para o tratamento do TPB é maior do que o tratamento psiquiátrico focado no manejo dos comportamentos de risco e na estabilização do humor (Linehan *et al.*, 2015). Tais resultados mostram a importância de se investir na disseminação de tal técnica, bem como na formação de profissionais capacitados a utilizá-la, tendo em vista os bons resultados para o manejo clínico de pacientes com diagnóstico de TPB.

Observações clínicas com pacientes diagnosticados com TPB sugerem que as implicações tendem a persistir ao longo da vida adulta, comprometendo diferentes esferas da

vida do sujeito (Yen *et al.*, 2015). Contudo, o estudo de Rizvi *et al.* (2017), incluído na presente revisão, demonstrou redução da frequência e da intensidade dos sintomas psicopatológicos que caracterizam o TPB.

Um ponto de extrema relevância da DBT é o fato de se tratar de uma terapia originalmente designada para manejar tentativas de suicídio, sendo uma intervenção efetiva para tal demanda (Abreu & Abreu, 2016). Isso porque os comportamentos auto destrutivos, entre eles a tentativa de suicídio, estão no cerne da fisiopatologia do TPB, especialmente após rejeição social ou situações que façam o indivíduo vivenciar sensação de abandono, quer seja o abandono real ou imaginário (Soloff & Chiappetta, 2018). Assim, ao mesmo tempo em que se trata de uma abordagem eficaz para o tratamento do TPB, a DBT se mostra uma abordagem importante para o manejo e prevenção de desfechos destrutivos em pacientes refratários, dos quais se destaca o suicídio e a automutilação (Axelrod *et al.*, 2012).

A regulação emocional parece estar no cerne da eficácia do tratamento do TPB. Isso porque pacientes com este diagnóstico costumam ter emoções instáveis (Schmahl *et al.*, 2014), alta sensibilidade a estímulos aversivos e respostas desadaptativas frente a alterações emocionais, principalmente as relacionadas à rejeição social e expressão de seus afetos (Burget *et al.*, 2015; Law *et al.*, 2016). No estudo de Barnicot *et al.* (2017), os pacientes tratados com DBT (N= 37) tiveram mais facilidade para regular a expressão de suas emoções do que o grupo controle (N= 33) e, por conta disso, conseguiram apresentar mais aptidão para relacionamentos interpessoais assertivos.

As bases neurais da desregulação emocional em pacientes com diagnóstico de TPB envolvem principalmente as amígdalas e regiões adjacentes do sistema límbico, com as quais as amígdalas realizam sinapses (Borst & Gelder, 2016; Wang *et al.*, 2014). É por conta destes mecanismos neurais que fármacos utilizados para a estabilização do humor são importantes estratégias terapêuticas para tal patologia (Bruno, Riganello & Marino, 2009; Ripoll, 2013; Varghese *et al.*, 2010). Contudo, o estudo de Goodman *et al.* (2014), que correlacionou dados de fMRI com as observações em pacientes diagnosticados com TPB (N= 22), encontrou melhora na regulação emocional e alterações estatisticamente significativas na estimulação das amígdalas no grupo que recebeu a intervenção com DBT (N= 11). Ainda que a amostra do estudo tenha sido relativamente pequena, é importante observar que o estudo de Niedtfeld *et al.* (2017) relata resultados semelhantes em uma amostra composta por 79 participantes. Já o estudo de Winter *et al.* (2015), que também contou com dados de neuroimagem de pacientes com TPB (N= 68), identificou maior atividade neuronal em áreas do córtex pré-frontal no grupo que recebeu intervenção com DBT (N= 31) em relação ao grupo controle (N= 37), sugerindo

que o aumento do controle inibitório e a melhora da regulação emocional possam estar associados a tais alterações. Estes dados estão em conformidade com a literatura científica que sugere que a regulação emocional requer atividade predominante do córtex pré-frontal em relação às amígdalas (Wiggins *et al.*, 2014).

Ainda se tratando de regulação emocional, o estudo de Neacsiu *et al.* (2014), que avaliou uma amostra composta por 101 participantes, não relata diferença estatisticamente significativa na intensidade das emoções entre o grupo experimental (N= 52) e o grupo controle (N= 49). Conforme o trabalho dos referidos autores, tanto o grupo que recebeu intervenção com DBT quanto o grupo controle continuavam manifestando raiva, ódio e ciúmes em intensidade patológica. No entanto, o grupo tratado com DBT, ainda que sentisse raiva e outras emoções negativas, conseguia encontrar respostas mais adaptativas frente aos estímulos desencadeantes de tais emoções (Neacsiu *et al.*, 2014). Este é um achado muito importante do ponto de vista terapêutico, pois sabe-se que por questões de ordem genética e características singulares envolvendo o temperamento, alguns indivíduos podem ter uma tendência a expressar suas emoções com maior intensidade (Kim *et al.*, 2014). Ainda assim, o que se busca na intervenção psicoterapêutica não é uma inibição das emoções, mas sim uma resposta mais adaptativa frente a manifestação das mesmas, conforme pode ser observado nos pacientes tratados com DBT no estudo anteriormente mencionado (Neacsiu *et al.*, 2014).

Por fim, o estudo de McMMain *et al.* (2012) consiste em um ensaio clínico randomizado, que realizou seguimento com os pacientes 24 meses após o término da intervenção. Trata-se do estudo mais relevante da presente revisão, tanto por ter realizado seguimento e, portanto, permitir evidências de efetividade do tratamento, como também por se tratar de um estudo realizado com uma amostra numerosa (N= 180). O referido estudo encontrou resultados ligeiramente mais satisfatórios no grupo tratado com DBT (N= 90) do que no grupo tratado com a abordagem psiquiátrica convencional para TPB (McMMain *et al.*, 2012). Considerando que a abordagem psiquiátrica convencional é focada em sintomas específicos (e.g. instabilidade emocional, impulsividade, sintomas depressivos), o estudo sugere que o TPB deva ser tratado como um todo, não sendo efetivo o tratamento de sintomas de forma isolada.

No que se refere à efetividade, isto é, na capacidade que a intervenção possui de continuar surtindo efeito após seu término, somente os estudos de Linehan *et al.* (2015) e McMMain *et al.* (2012) possuem desenho metodológico capaz de fornecer evidências. Contudo, considerando que ambos apresentam amostras numerosas (N= 99 e N= 180, respectivamente), os resultados discutidos em tais estudos sugerem fortes evidências de efetividade da DBT para o tratamento do TPB (Linehan *et al.*, 2015; McMMain *et al.*, 2012). Na literatura existem poucos

estudos relatando efetividade de outras abordagens para o TPB, em parte por conta dos desafios encontrados no manejo clínico de tal patologia. Contudo, quando comparado aos resultados inconclusivos de intervenções farmacológicas (Bellino, Paradiso & Bogetto, 2008; Martínez & Caballero, 2017), fica evidente que a DBT é uma intervenção efetiva para o tratamento do TPB (Linehan *et al.*, 2015; McMMain *et al.*, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma importante limitação da presente revisão é o número reduzido de artigos incluídos, bem como a discrepância entre seus desenhos metodológicos. Uma vez que os tamanhos das amostras, o número de intervenções e o tempo de segmento (nos poucos artigos que realizaram segmento) variam ligeiramente de estudo para estudo, não é possível analisar o real efeito da intervenção com notável precisão.

Contudo, a presente revisão permitiu identificar a efetividade da DBT para o tratamento do TPB. Conforme os estudos incluídos na presente revisão, a DBT parece ter efetividade maior que outras abordagens, tais como TCC, Terapia do Esquema e terapia de mentalização. Ainda assim, diante da intensidade dos sintomas do TPB, em alguns casos a terapia medicamentosa junto da intervenção psicoterapêutica ainda é indispensável.

Como possível direção para trabalhos futuros, sugere-se uma revisão sistemática com meta-análise, especialmente após novos ensaios clínicos randomizados e controlados, com desenhos metodológicos homogêneos e com amostras expressivas serem publicados.

REFERÊNCIAS

- Ades, T., & Santos, E. F. (2012) *Borderline: criança interrompida - adulto borderline*. 2a. ed. São Paulo: Editora Isis.
- Abreu, P., & Abreu, J. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 45-58.
- Agugila, Andrea et al. (2018). Asenapine in the management of impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder and comorbid borderline personality disorder: an open-label uncontrolled study. *Int Clin Psychopharmacol.*, 33(3), 121-130.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Axelrod, Seth R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse.*, 37(1), 37-42.

- Barbosa, A.S., Terroso, L.B., & Argimon, I.I.L. (2014). Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias?. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, 34(86), 63-79.
- Borst, A. W., & Gelder, B. (2016). Clear signals or mixed messages: inter-individual emotion congruency modulates brain activity underlying affective body perception. *Soc Cogn Affect Neurosci.*, 11(8), 1299-1309.
- Brink, C., Harte, J.M., & Denzel, A. D. (2018). Men and women with borderline personality disorder resident in Dutch special psychiatric units in prisons: A descriptive and comparative study. *Crim Behav Ment Health.*, 28 (4), 324-334.
- Bruno, A., Riganello, D., & Marino, A. (2009). Treatment with aripiprazole and topiramate in an obese subject with borderline personality disorder, obsessive-compulsive symptoms and bulimia nervosa: a case report. *Cases J.*, 2, 7288-7293.
- Burget, Melanie et al. (2015). Pain Processing after Social Exclusion and Its Relation to Rejection Sensitivity in Borderline Personality Disorder. *PLoS One.*, 10 (8), e0133693.
- Carvalho, A.F., Stracke, C.B. & Souza, F.G.M. (2004). Tratamento farmacológico do transtorno de personalidade limítrofe: revisão crítica da literatura e desenvolvimento de algoritmos. *R. Psiquiatr. RS*, 26 (2), 176-189.
- Cunha, P.J., & Azevedo, M.A.S.B. (2001). Um caso de transtorno de personalidade borderline atendido em psicoterapia dinâmica breve. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 17(1), 5-11.
- Dalgalarondo, P., & Vilela, W.A. (1999). Transtorno borderline: história e atualidade. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 2(2), 52-71.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). Overview of dialectical behaviour therapy. In: Dimeff, L. A.; Koerner, K. (Orgs.). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings*. New York: The Guilford Press, p. 1-18.
- Eisenberger, N. I., Liberman, M.D. & Williams, K.D. (2003). *Science*, 302 (43), 290-292.
- Eizirik, M., & Fonagy, P. (2009). Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 31(1), 72-75.
- Frías, A. et al. (2017). Differential symptomatology and functioning in borderline personality disorder across age groups. *Psychiatry Res.*, 258(1), 44-50.
- Gawda, B., & Czubak, C. (2017). Prevalence of Personality Disorders in a General Population Among Men and Women. *Psychol Rep.*, 120(3), 503-519.
- Goodman, Marianne et al. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.*, 57(1), 108-116.
- Hiraoka, Regina et al. (2016). Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child Abuse Negl.*, 52(1), 177-84.

Kim, Bo-Ram et al. (2014). Infant Emotion Regulation: Relations to Bedtime Emotional Availability, Attachment Security, and Temperament. *Infant Behav Dev.*, 37(4), 480-490.

Kolla, Nathan J. et al. (2017). Trait Anger, Physical Aggression, and Violent Offending in Antisocial and Borderline Personality Disorders. *J Forensic Sci.*, 62(1), 137-141.

Law, Mary K. et al. (2016). Using negative emotions to trace the experience of borderline personality pathology: Interconnected relationships revealed in an experience sampling study. *J Pers Disord.*, 30(1), 52-70.

Linehan, Marsha M. et al. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48 (1), 1060-1064.

Linehan, Marsha M. et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry.*, 72(5), 475-82.

Mcmain, Shelley F. et al. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.*, 169 (6), 650-61.

Neacsiu, Andrada D. et al. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behav Res Ther.*, 53 (2), 47-54.

Niedtfeld, Inga et al. (2017). Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: a longitudinal fMRI study. *Soc Cogn Affect Neurosci.*, 12 (5), 739-747.

Nunes, Fábio Luiz et al. (2015). Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. *Rev. bras.ter. cogn.*, 11 (2), 68-76.

Portela, M.C. (2000). Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 259-269. ISBN 978-85-7541-325-8. Disponível em: SciELO Books: <<http://books.scielo.org>>.

Ripoll, L. H. (2013). Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues Clin Neurosci.*, 15(2), 213-224.

Rizvi, Shireen L. et al. (2017). Can trainees effectively deliver dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder? Outcomes from a training clinic. *J Clin Psychol.*, 73 (12), 1599-1611.

Santangelo, P. S. et al. (2018). Affective instability across the lifespan in borderline personality disorder – a cross-sectional e-diary study. *Acta Psychiatr Scand.*, 138 (5):409-419.

Schmahl, Christian et al. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.*, 1 (12), 102-118.

Shen, Cheng-Che, Hu, Li-Yu, & Hu, Ya-Han. (2018). Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Med Inform Decis Mak.*, 17(1), 8-17.

Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2018). 10-Year Outcome of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.*, 22 (1), 1-19.

Stanely, B., & Siever, L.J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry.*, 167(1), 24-39.

Varghese, Bidu S. et al. (2010). Topiramate for anger control: A systematic review. *Indian J Pharmacol.*, 42 (3), 135-141.

Vest, Noel A., Murphy, Kyle T., & Tragesser, Sarah L. (2018). Borderline personality disorder features and drinking, cannabis, and prescription opioid motives: Differential associations across substance and sex. *Addict Behav.*, 87 (1), 46-54.

Wiggins, Jillian L. et al. (2014). Age-related effect of serotonin transporter genotype on amygdala and prefrontal cortex function in adolescence. *Hum Brain Mapp.*, 35 (2), 646-658.

Wainer, Ricardo et al. (2016). *Terapia cognitiva focada em esquemas*. Porto Alegre. Artmed.

Winter, D. et al. (2017). Neural correlates of distraction in borderline personality disorder before and after dialectical behavior therapy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*, 267(1), 51-62.

Yen, Shirley et al. (2015). Borderline Personality Disorder in Transition Age Youth with Bipolar Disorder. *Acta Psychiatr Scand.*, 132(4), 270-280.